

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Мамась А.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Основными причинами послеоперационной летальности при гестозе в развитых странах в настоящее время остаются отек легких и ОПН [1]. Особенность послеоперационного периода у беременных с гестозом связана с тем, что послеродовая гормональная перестройка организма родильницы способствует перемещению интерстициальной жидкости в сосудистое русло [2], что при определенных условиях, характерных для беременных с гестозом (высокое гидростатическое и низкое онкотическое давление плазмы крови) приводит к развитию некардиогенного отека легких [3]. С другой стороны в силу особенностей почечной гемодинамики у этой категории больных некомпенсированная гиповолемия достаточно быстро приводит к острой почечной недостаточности [4]. С этой позиции основной задачей анестезиолога является адекватная предоперационная подготовка к родоразрешению в условиях более щадящей регионарной анестезии.

Цель исследования: влияние предложенного нами способа предоперационной подготовки [5] на безопасность периоперационного периода у беременных с гестозом, родоразрешенных в условиях регионарной анестезии.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 49 беременных с гестозом тяжелой формы, родоразрешенных оперативным путем в условиях регионарной анестезии. У 28 беременных была использована разработанный нами способ предоперационной подготовки 21 роженица, со стандартной предоперационной подготовкой составляла контрольную группу.

Для решения поставленной задачи мы исследовали объем инфузионной нагрузки при проведении предоперационной подготовки, во время операции и в первые сутки послеоперационного периода, а также динамику диуреза и уровня центрального венозного давления (ЦВД) с учетом различной предоперационной подготовки, поскольку клиническая интерпретация этих показателей в значительной степени характеризует адекватность проводимой терапии.

Результаты и их обсуждение. При поступлении центральное венозное давление было снижено в обеих группах по сравнению с нормой беременных ($20,3 \pm 7,9$ мм H_2O и $20,0 \pm 12,6$ мм H_2O в исследуемой и контрольной группах соот-

ветственно), что было расценено, как признак гиповолемии и недостаточного венозного возврата. Таким образом, у пациенток обеих групп были показания к проведению инфузионной терапии, объем и темп введения которой зависел от артериального давления, пульса, диуреза, уровня ЦВД и показателей внешнего дыхания.

Инфузионная терапия проводимая в исследуемой и контрольной группах составляла $22,6 \pm 5,5$ мл/кг и $12,8 \pm 8,1$ мл/кг в предоперационном периоде, $20,0 \pm 5,1$ мл/кг и $24,8 \pm 8,4$ мл/кг во время операции и $22,6 \pm 4,5$ мл/кг и $23,1 \pm 4,8$ мл/кг в первые сутки после операции.

ЦВД после предоперационной подготовки в исследуемой группе выросло до $55,4 \pm 8,8$ мм H₂O, а в контрольной до $39,5 \pm 8,0$ мм H₂O. В послеоперационном периоде динамика ЦВД имела разнонаправленный характер: снижение в исследуемой группе с $55,4 \pm 8,8$ мм H₂O до $43,2 \pm 8,1$ мм H₂O ($P < 0,05$) и рост с $39,5 \pm 8,0$ мм H₂O до $45,2 \pm 8,1$ мм H₂O ($P < 0,05$) в контрольной. В результате в послеоперационном периоде статистически достоверной разницы в уровне ЦВД выявлено не было ($43,2 \pm 8,1$ мм H₂O и $45,2 \pm 8,1$ мм H₂O).

Несмотря на то, что почасовой диурез в обеих группах при поступлении, не внушали особых опасений ($42,1 \pm 6,9$ мл·час⁻¹ и $39,0 \pm 4,4$ мл·час⁻¹), при перерасчете на килограмм массы тела картина несколько изменилась. В обеих группах показатели ($0,55 \pm 0,11$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ и $0,51 \pm 0,09$ мл·час⁻¹·кг⁻¹) приблизились к нижней границе нормы ($0,5$ мл·час⁻¹·кг⁻¹). Вместе с тем, у 10 пациенток исследуемой и у 9 пациенток контрольной группы диурез хотя и не достигал критического уровня, но все-таки был ниже нормы ($0,34 - 0,49$ мл·час⁻¹·кг⁻¹). После проведения предоперационной подготовки в исследуемой группе диурез вырос с $0,55 \pm 0,11$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ до $1,23 \pm 0,17$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ ($P < 0,05$), а в контрольной с $0,51 \pm 0,09$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ до $0,64 \pm 0,1$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ ($P < 0,05$), межгрупповая разница была статистически достоверна. Во время оперативного родоразрешения в исследуемой группе диурез также был достоверно выше, чем в контрольной группе ($2,45 \pm 2,4$ мл·час⁻¹·кг⁻¹ и $1,66 \pm 1,45$ мл·час⁻¹·кг⁻¹). В ближайшем послеоперационном периоде произошло снижение диуреза в обеих группах, однако в исследуемой диурез снизился до $1,46 \pm 0,26$ мл·час⁻¹·кг⁻¹, а в контрольной до $0,86 \pm 0,12$ мл·час⁻¹·кг⁻¹. В первые сутки послеоперационного периода диурез в исследуемой группе был $35,2 \pm 7,0$ мл·кг⁻¹·сут⁻¹ и превышал диурез в контрольной группе больше, чем в 1,5 раза ($20,6 \pm 6,1$ мл·кг⁻¹·сут⁻¹).

Таким образом, объем инфузионной терапии в исследуемой группе в интраоперационный период и на послеоперационном этапе был статистически достоверно ниже, а диурез достоверно выше, чем в контрольной группе, что свидетельствует о выведении избыточной интерстициальной жидкости, в том числе и из легких.

Выводы. Предоперационная подготовка беременных с тяжелыми формами гестоза по разработанному нами способу обеспечивает достаточную гемодинамическую стабильность для использования регионарных методов анестезии. Ее более высокая эффективность позволяет исключить агрессивную тактику предоперационной прегидратации, уменьшить объем интраоперационной инфузии, более эффективно контролировать водный баланс в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Sawhney H, Aggarwal N, Biswas R, et al. Maternal mortality associated with eclampsia and severe preeclampsia of pregnancy // J Obstet Gynaecol Res. -2000. -Vol. 26. -№5. -P.351-356.

2. Кормакова Т.Л. Инфузионная терапия в комплексном лечении акушерской патологии // Критические состояния в акушерстве и неонатологии: Материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции - Петрозаводск, 2005. –С.111-113.
3. Benedetti TJ, Kates R, Williams V. Hemodynamic observations in severe pre-eclampsia complicated by pulmonary oedema // Am. J. of Obstetrics and Gynecology -1985. –Vol. 152 – P.330-334.
4. Lafayette-RA, Druzin-M; Sibley-R. et. al. Nature of glomerular dysfunction in pre-eclampsia // Kidney-Int. -1998. –Vol. 54. -№4 –P.1240-1249.
5. Мамась А.Н., Родионов В.Я. Патент № 8157, 2002 г. Способ предоперационной подготовки при досрочном родоразрешении беременных, страдающих гестозом тяжелой формы.